**MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS**

**A folyamatos továbbképzés gyakorlati pontjainak teljesítéséről.**(64/2011.(XI.29.) NEFMI rendelet 8. § (2) bekezdés)

………………………………………………………..…………………………….…………………………………………………...  
intézmény vezetője igazolom, hogy

………………………………………………………….név (alapnyilvántartásban szerepeltetett)

……………………..  
pecsétszám

továbbképzésre kötelezett orvos/gyógyszerész/klinikai szakpszichológus  
az alább feltüntetett szakterületi munkakörben dolgozott.

Ennek alapján, az alább felsorolt szakterületekre vonatkozóan a feltüntetett gyakorlati pontokat igazolom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szakterület(ek)** | **Foglalkoztatási időszak** | |
| Kezdete Év, hónap, nap | Vége Év, hónap, nap |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**A szakterület(ek) megnevezése nélkül az igazolás érvénytelen!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkavégésből kieső időszak megnevezése** | **Időtartama** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Dátum ……………………….…….*

P.H.

………………………..………………………

munkáltató

**Megjegyzés:**

A hatályos rendelet szerint:

4.§ (1) A továbbképzési időszak gyakorlati részének teljesítéséhez a továbbképzésre kötelezettnek legalább 3 évet kell az adott szakterület szerinti munkakörben eltöltenie, amit a munkáltató, illetőleg a működési engedély kiállítója igazol. Egy év gyakorlati idő értéke 20 pont.\*

(2) A továbbképzési időszak gyakorlati részének teljesítését a munkáltató, egyéni vállalkozó esetében a működési engedély kiállítója igazol.